

Vereinbarung zur telemedizinischen Behandlung

(Videobehandlung oder telefonische Beratung)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verordnung vom

Anzahl und Art des Heilmittels: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden auf dem Weg der Telemedizin behandelt zu werden.

Hierfür darf für telefonische Beratungen Telefone eingesetzt werden und für die Videobehandlung als Kommunikationsmittel Physitrack (Physiapp).

DSGVO Konform – Datenschutzerklärung finden sie unter <https://support.physitrack.com/article/639-general-data-protection-regulation-gdpr?fbclid=IwAR1UxGNrdZkcqVHdaJl8AqC4RNk5rbKPg1kJZFam8vWXbITNuPCICUUC1Hw>

Bei Bedarf stimme ich auch Kommunikationsmitteln wie Skype, ZOMM.US, WhatsApp-Videoanrufen,... zu
(hier allerdings ohne Gewähr auf die vollständige Wahrung nach DSGVO)

Die erbrachten Leistungen fallen zu Lasten der gKV (siehe hierzu Empfehlung für den Heilmittelbereich
aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2 (Corona) Stand 18.03.2020/18:00 Uhr Abs. 8)

Der Nachweis für die erbrachte/empfangene Leistung kann in elektronischer Form erfolgen (Fax, Mail, ...)

Praxisstempel und Unterschrift

Unterschrift des Versicherten

Ort/Datum

Ort/Datum



PHYSIOBOXX
BEHANDLUNG | BEWEGUNG | BERATUNG